

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	担当	担当	

健康保険の記号番号 記号 - 番号	被保険者氏名	生年月日 年 月 日	住所	〒 _____ TEL (____) _____
-		昭 平		TEL (____) _____ ※健保組合より連絡が入る場合があります。

異動の種類	被扶養者名	性別	生年月日	続柄	職業	収入の種類(注1) 年間収入(見込)額	別居の場合 仕送り金額 (月額)	異動年月日 被扶養者となった日 または 被扶養者でなくなった日	異動理由 (注2)	(健保記入欄) 認定日 削除日
追加 ・ 削除	(フリガナ)	男 ・ 女	昭 年 月 日 平 年 月 日 令 年 月 日			円	円	令 年 月 日 和 年 月 日	資格確認書発行 必要・不要	令 年 月 日 和 年 月 日
	個人番号								被保険者と(同居・別居)している	認定・削除
追加 ・ 削除	(フリガナ)	男 ・ 女	昭 年 月 日 平 年 月 日 令 年 月 日			円	円	令 年 月 日 和 年 月 日	資格確認書発行 必要・不要	令 年 月 日 和 年 月 日
	個人番号								被保険者と(同居・別居)している	認定・削除
追加 ・ 削除	(フリガナ)	男 ・ 女	昭 年 月 日 平 年 月 日 令 年 月 日			円	円	令 年 月 日 和 年 月 日	資格確認書発行 必要・不要	令 年 月 日 和 年 月 日
	個人番号								被保険者と(同居・別居)している	認定・削除

記入上の 注意	<p>(注1) 収入の種類: 給与、年金、失業給付、出産手当金、傷病手当金など具体的に記入してください。</p> <p>(注2) 追加のとき: 被保険者入社、出生、結婚、退職、失業給付受給終了、収入減、同居などを記入してください。</p> <p>削除のとき: 就職、離婚、死亡、失業給付開始、収入超過、別居などを記入してください。</p> <p style="text-align: center;">※当健保が発行した健康保険証や資格確認書などをお持ちの場合はご返却ください。</p> <p>【添付書類について】</p> <p style="text-align: center;">・扶養の追加には別途添付書類が必要です。必要書類については当健保HP内【添付書類一覧表】でご確認ください。</p>	(健保記入欄)	
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	〒 _____	令和 年 月 日提出 受付印
--------------------------	---------	----------------